



ESCALA DE PRECIOS REDUCIDOS

Instrucciones:

- Paso 1:** Por favor liste **TODOS** los miembros del hogar, incluyéndose a usted mismo.
- Paso 2:** Por favor indique **TODAS** las fuentes de ingresos anual para cada miembro del hogar.
- Paso 3:** Por favor agregue o presente comprobante de ingresos dentro de los **30 días**.
Ejemplos: **Declaración de impuestos, W-2, o un 1 mes de talón de pagos.**
- Paso 4:** Por favor firme el formulario.

Si tiene seguro de salud, todavía puede calificar para la escala de precios reducidos.

Nombre del Paciente: _____

PASO 1: Miembros Del Hogar- Por favor liste **TODOS** los miembros del hogar, incluyéndose a usted mismo

	NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE TRABAJO	TIEMPO COMPLETO/MEDIO
1.	YO				
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

PASO 2: Ingresos Anual Del Hogar- Indique TODAS las fuentes de ingresos para cada miembro del hogar.

Tipo de Ingreso	Miembro 1 (Tú):	Miembro 2:	Miembro 3:	Miembro 4:
Empleo (incluya propina)	\$	\$	\$	\$
Desempleo				
Asistencia en efectivo de MI				
Apoyo conyugal, (manutención de los hijos)				
Pensión				
Seguro Social				
Otro:				
INGRESO TOTALES	\$	\$	\$	\$

PASO 3: Comprobante de ingresos- Por favor incluya o presente comprobante de ingresos dentro de los 30 días, para evitar que se le cobre el precio total por los servicios brindados.

	Plan A \$20 Médico \$30 Dental		Plan B \$30 Médico \$40 Dental		Plan C \$40 Médico \$55 Dental		Plan D \$55 Médico \$75 Dental		Plan E Sin descuento: usted paga los cargos completos
Tamaño de la familia	Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar
1	\$0	\$15,960	\$15,961	\$23,940	\$23,941	\$29,526	\$29,527	\$31,920	greater than \$31,920
2	\$0	\$21,640	\$21,641	\$32,460	\$32,461	\$40,034	\$40,035	\$43,280	greater than \$43,280
3	\$0	\$27,320	\$27,321	\$40,980	\$40,981	\$50,542	\$50,543	\$54,640	greater than \$54,640
4	\$0	\$33,000	\$33,001	\$49,500	\$49,501	\$61,050	\$61,051	\$66,000	greater than \$66,000
5	\$0	\$38,680	\$38,681	\$58,020	\$58,021	\$71,558	\$71,559	\$77,360	greater than \$77,360
6	\$0	\$44,360	\$44,361	\$66,540	\$66,541	\$82,066	\$82,067	\$88,720	greater than \$88,720
7	\$0	\$50,040	\$50,041	\$75,060	\$75,061	\$92,574	\$92,575	\$100,080	greater than \$100,080
8	\$0	\$55,720	\$55,721	\$83,580	\$83,581	\$103,082	\$103,083	\$111,440	greater than \$111,440

*Para unidades familiares de más de 8 miembros, agregue \$5,680 por año por persona adicional. En vigor del 3/1/2026

Al enviar esta solicitud, afirmo que los hechos establecidos en ella son verdaderos y completos. Entiendo que si soy elegible para el descuento de la escala móvil de tarifas, cualquier declaración falsa, omisión u otra tergiversación hecha por mí en esta solicitud puede resultar en mi despido inmediato. Es política de esta organización brindar igualdad de oportunidades sin distinción de raza, color y religión.

PASO 4: Firma

Paciente/ Guardián: _____

Fecha: _____

Relación con el _____

Paciente: _____

2026